



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**La valutazione del dolore cronico nel paziente  
oncologico: ruolo e responsabilità dell'infermiere**

Relatore: Chiar.ma  
Prof.ssa Alfia Amalia Lizzi

Tesi di Laurea di:  
Nicola Bolletta

A.A. 2020/2021



# Indice

<b>Introduzione</b>	p.1
<b>Capitolo 1: Il tumore</b>	p.2
1.1 Definizione di tumore	p.2
1.2 Incidenza e fattori di rischio della malattia neoplastica.	p.3
1.3 Lo sviluppo neoplastico: dal ciclo cellulare ai geni oncogeni e oncosoppressori	p.5
1.4 Classificazione e stadiazione tumorale: neoplasia benigna e maligna.	p.8
1.5 Prevenzione e trattamento della neoplasia	p. 11
<b>Capitolo 2: L'evoluzione normativa del dolore e il dolore oncologico</b>	p.15
2.1 Definizione di dolore negli anni	p.15
2.2 L'evoluzione normativa del dolore	p.18
2.3 Come si trasmette l'impulso doloroso nel nostro organismo	p.21
2.4 Le varie tipologie di dolore e il dolore oncologico	p.23
2.5 Il trattamento contro il dolore oncologico	p.27
<b>Capitolo 3: Le responsabilità infermieristiche nella valutazione e gestione del dolore oncologico e nelle cure palliative</b>	p.30
3.1 Ruolo dell'infermiere nella gestione del dolore oncologico	p.30
3.2 La visione psicologica ed emotiva del paziente con dolore oncologico	p.33
3.3 L'hospice e le cure palliative	p.35
3.4 L'infermiere e il team palliativista	p.37
3.5 L'infermiere: ruolo e responsabilità	p.39
<b>Conclusioni</b>	p.40
<b>Sitografia</b>	p.41
<b>Bibliografia</b>	p.43



## **Introduzione**

L'idea di questo elaborato nasce dalla mia esperienza di tirocinio nel reparto di oncologia che mi ha permesso di interessarmi alla gestione del paziente oncologico con dolore ed ai cambiamenti normativi che hanno riguardato quest'ultimo. Infatti la presa in considerazione del dolore come quinto parametro vitale fondamentale non è stata così immediata: prima della legge del 15 Marzo del 2010 non esisteva ancora un vero e proprio accesso alla terapia del dolore. Con questa legge vengono così introdotte scale di valutazione del dolore a seconda del tipo di paziente che si ha di fronte e viene ribadita l'importanza della misurazione del dolore come attività di routine. Questa legge ha permesso inoltre di organizzare strutture apposite per la gestione del dolore, in particolare quello cronico che molto spesso è presente in alcune patologie come il cancro.

Nel mio elaborato vengono poi evidenziate le difficoltà dell'infermiere nella gestione del paziente oncologico con dolore. Infatti molto spesso quest'ultimo è già presente al momento della diagnosi della neoplasia. La difficoltà nello sradicare questo tipo di dolore sta nel fatto che esso si può modificare e cambiare in qualsiasi momento; inoltre il dolore oncologico può essere definito anche come dolore globale, perché oltre ad essere un dolore fisico molto spesso colpisce il paziente anche dal punto di vista psicologico in quanto può creare invalidità e spesso, prima che venga trovata una soluzione terapeutica, può passare del tempo. Inoltre il dolore è un'esperienza soggettiva che varia da paziente a paziente a seconda delle caratteristiche di quest'ultimo, per questo motivo la gestione del dolore è molto difficoltosa.

L'infermiere quindi si trova di fronte alla gestione di un paziente con un dolore definito globale, e molto spesso la difficoltà da parte dell'infermiere sta nell'aiutarlo dal punto di vista psicologico soprattutto se ci si trova al cospetto di un paziente terminale. In questi casi il supporto è rivolto in modo globale anche verso la famiglia del paziente che spesso viene educata e aiutata a stare vicino al proprio caro. Nell'elaborato viene quindi analizzato sia l'aspetto clinico dell'infermiere, cioè la corretta gestione delle scale del dolore e dei farmaci contro di esso, sia l'aspetto umano dell'infermiere, ossia le difficoltà che riscontra nello stare accanto al paziente, i benefici che apporta a quest'ultimo, e l'importanza per lui dell'avere sempre una figura di riferimento.

# **CAPITOLO 1: IL TUMORE**

## **1.1 Definizione di tumore**

I primi studi di oncologia medica nascono intorno al 1700, nonostante questo il cancro ha sempre accompagnato l'umanità nel suo percorso di vita. L'allungamento della vita media, il crescente aumento dell'inquinamento ambientale e il costante aumento dei fattori di rischio come tabacco, alcol e sedentarietà, hanno fatto sì che nel corso degli anni la malattia cancerosa aumentasse la propria incidenza tra la popolazione.

Il tumore viene quindi definito come l'insieme di una popolazione di cellule somatiche che subisce una crescita autonoma e progressiva, prendendo origine da una sola cellula definita clone che ha subito differenti mutazione del genoma, portandola ad acquisire una autonomia moltiplicativa con aumento della frazione cellulare proliferativa; ossia c'è un maggior numero di cellule quiescenti che entrano nel ciclo cellulare con una riduzione della capacità di differenziarsi e di andare incontro a morte cellulare programmata, definita apoptosi. Normalmente infatti, i tessuti del nostro organismo subiscono delle variazioni di numero o volume per il ripristino della massa cellulare, queste variazioni vengono definite iperplasie quando c'è un incremento numerico, mentre si parla di ipertrofie quando c'è un incremento del volume delle cellule. L'attività proliferativa può essere definita quindi fisiologica e controllata quando rappresenta una risposta adattiva ad alcune richieste funzionali straordinarie del nostro organismo e quando questa avviene entro i limiti consentiti dai meccanismi di controllo della moltiplicazione. Nelle neoplasie invece la proliferazione cellulare dei tessuti sfocia al di fuori dei limiti dei meccanismi di controllo, si tratta quindi di una risposta proliferativa non controllata, irreversibile e progressiva che si verifica in situazioni in cui il nostro organismo fisiologicamente non avrebbe bisogno di aumentare il numero di cellule in quel particolare tessuto. Un'altra caratteristica fondamentale per definire il tumore è, come si è già accennato prima, la capacità di differenziarsi, perché è proprio l'anomalo assetto differenziativo a conferire alla neoplasia caratteristiche funzionali e di proprietà diverse rispetto al tessuto d'origine. Questa anomalia viene definita metaplasia molecolare quando l'anomalia differenziativa ha un carattere irreversibile, mentre quando l'anomalia è di tipo maturativo viene definita

blocco differenziativo ovvero si tratta di quel processo che fa sì che la cellula si arresti durante il ciclo cellulare portandola ad avere uno stato maturativo più o meno precoce.

## 1.2 Incidenza e fattori di rischio della malattia neoplastica

I tumori nell'uomo possono essere provocati da cause molteplici che non sempre si riescono ad individuare, nonostante ciò ogni anno viene intrapresa la sorveglianza della patologia tumorale: vengono prese quindi in considerazione incidenza ovvero i nuovi casi all'anno, prevalenza, ovvero il numero di persone malate ogni anno, mortalità e sopravvivenza; questo ci permette di avere quindi un quadro epidemiologico generale del territorio andando ad individuare i vari cambiamenti che avvengono nel paese.

In Italia il tumore è la seconda causa di morte, dopo le malattie dell'apparato cardio-circolatorio. I tumori ad oggi con un indice di mortalità e prevalenza più elevato sono quelli alla mammella, al polmone, al colon-retto, prostata e vescica. Secondo i dati airtum in Italia l'incidenza tumore decresce da nord a sud, a fronte di una diversa industrializzazione e inquinamento atmosferico. Infatti c'è una differenza di incidenza del 14% tra nord e sud negli uomini e del 17% nelle donne. Secondo la Global Cancer Statistic una persona su cinque nella propria vita svilupperà il cancro. Ad oggi il primato del tumore con incidenza più alta è quello al seno nel sesso femminile con 2.3 milioni di casi stimati nel 2020 ovvero il 29%, seguito poi dal tumore al colon-retto (14%) e da quello al polmone (11%). (figura1).

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Prostata (18%)	Mammella (29%)	Mammella (14%)
2°	Colon-retto (15%)	Colon-retto (13%)	Colon-retto (14%)
3°	Polmone (14%)	Polmone (8%)	Polmone (11%)
4°	Vescica* (11%)	Tiroide (6%)	Prostata (9%)
5°	Fegato (5%)	Utero corpo (5%)	Vescica* (7%)

**Figura 1. Incidenza tumori nella popolazione**

Per avere un quadro epidemiologico completo vengono presi in considerazione anche i dati che riguardano la distribuzione del tumore per sesso, età ed occupazione. Queste ultime due, in particolare l'età, sono dei fattori di rischio molto incisivi e determinanti nello sviluppo della neoplasia; con l'avanzare dell'età infatti, si accumulano nel nostro organismo fattori cancerogeni e c'è una forte diminuzione delle difese del nostro organismo per fronteggiare le neoplasie. Per questa ragione dopo i 60 anni si stimano circa mille tumori ogni centomila abitanti, e, con l'allungamento della vita media e dell'invecchiamento della popolazione si sta quindi riscontrando negli ultimi anni un netto aumento dell'incidenza tumorale nella popolazione. Un altro fattore di rischio come si è accennato, è l'occupazione lavorativa, infatti alcune attività lavorative possono esporre la persona a sostanze chimiche o radioattive che a lungo andare possono creare modificazioni all'interno del genoma cellulare andando ad incrementare mutazioni della cellula che può sviluppare quindi una neoplasia. Per questo per i lavori a rischio vengono fatti controlli periodici per individuare precocemente la nascita neoplastica ed intervenire prontamente, dal momento che, nelle fasi iniziali il tumore risulta più sensibile alla terapia. Si è riscontrato inoltre che un inappropriato stile di vita influisce fortemente nella crescita tumorale; in particolare, igiene personale, attività sessuale ed uso eccessivo di bevande alcoliche possono favorire l'insorgenza di malattie oncogene del fegato, dell'esofago e dei polmoni. In questo caso il tumore è favorito dalla presenza di etanolo che altera la nutrizione favorendo uno stato pluricarenziale favorevole allo sviluppo di neoplasie. L'assunzione di bevande alcoliche e il consumo di tabacco inoltre, amplificano l'effetto e lo sviluppo del tumore a livello polmonare, cavo orale, esofago e vie respiratorie, mentre se il consumo di alcol è associato a epatiti virali o a sostanze epatotossiche chi ne risente di più è il fegato. Altro fattore di rischio che spesso troviamo nella nostra quotidianità è quello alimentare ovvero l'assunzione di cibi che possono presentare un rischio oncogeno qualitativo, ossia la presenza negli alimenti di composti cancerogeni ma anche quantitativo legato quindi all'iperalimentazione nonché accidentale, per la presenza di sostanze cancerogeni derivanti dall'inquinamento biologico accidentale.

Attorno al 1910 poi, vennero scoperti dei virus in grado di far sviluppare una neoplasia, definiti quindi virus-oncogeni, questi virus si dividono in due grandi famiglie: gli oncodnavirus ovvero virus a DNA che attivano i geni oncogeni presenti nella cellula che

agiscono a livello della membrana e citoplasma cellulare alimentando la proliferazione cellulare con l'inserimento del genoma virale in quello cellulare causando quindi mutazioni; l'altro gruppo sono i retrovirus, ovvero virus a RNA che una volta passata la membrana cellulare a livello del citoplasma subendo una trascrittasi inversa trasformano il genoma virale da RNA a DNA permettendo quindi la penetrazione nel nucleo cellulare dove è contenuto il genoma della cellula e creando così una mutazione.

Da ciò riusciamo quindi a interpretare che i fattori di rischio che ci circondano sono molteplici e vivono nella nostra quotidianità; questo ci porta spesso ad interagire con essi senza neanche accorgerci.

### **1.3 Lo sviluppo neoplastico: dal ciclo cellulare ai geni oncogeni e oncosoppressori.**

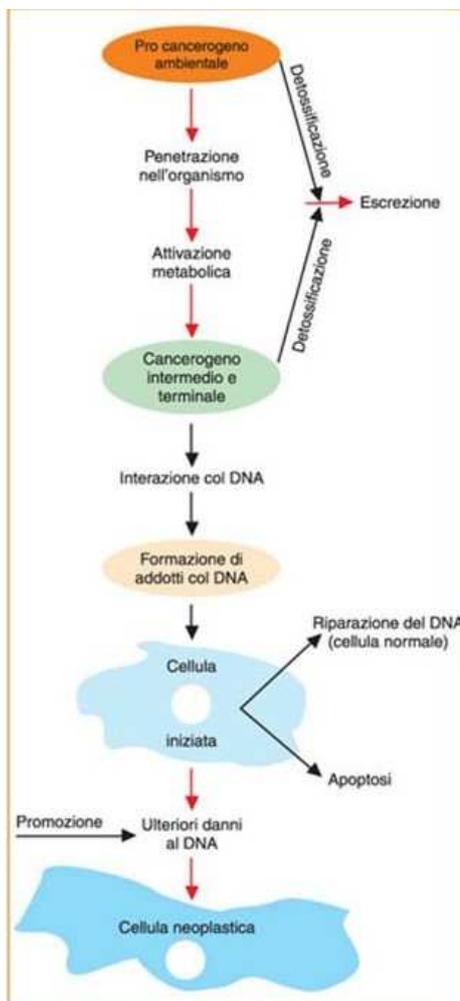
Lo sviluppo della neoplasia (figura 2) inizia con la mutazione di una singola cellula definita clone, ciò avviene durante il ciclo cellulare ovvero il processo maturativo e replicativo della cellula. Quest'ultimo viene diviso in due fasi definite interfase e mitosi. Le mutazioni avvengono principalmente a livello dell'interfase che ha il compito principale di far accrescere la cellula e duplicare il DNA preparandola così per la fase di mitosi e quindi di divisione cellulare. L'interfase a sua volta viene divisa in quattro sotto fasi: G1, S, G2, M. La fase G1 è l'intervallo tra la mitosi e l'inizio del successivo periodo di inizio del ciclo cellulare; a differenza delle altre fasi, la fase G1 ha una durata variabile, questo perché a questo punto del ciclo cellulare la cellula deve optare per la proliferazione o la quiescenza. Se entra nella fase di quiescenza la cellula abbandona il ciclo cellulare ed entra in una fase definita G0, dove però può sempre rientrare nel ciclo cellulare. Se invece la cellula opta per la proliferazione, essa rimane nel ciclo cellulare e supera la fase G1 entrando nella fase S dove avviene la sintesi e duplicazione del DNA, successivamente si passa alla fase G2 dove la cellula continua l'accrescimento e sintetizza proteine che serviranno per entrare nella fase M.

Chi fisiologicamente controlla il corretto avvenimento delle fasi precedenti e quindi che la cellula non subisca danni al suo genoma e che rispetti i canoni necessari per passare da

una fase ad un'altra sono i geni proto-oncogeni e oncosoppressori. I proto-oncogeni sono geni che codificano diverse proteine necessarie per il controllo della proliferazione cellulare e per il controllo della differenziazione. Questi proto-oncogeni agiscono a livello di quattro checkpoint che permettono di costatare se la cellula ha le caratteristiche necessarie per avanzare alle fasi successive fino ad arrivare alla fase M dove inizierà il processo di divisione cellulare. Se viene riscontrata una anomalia nel genoma cellulare o nella cellula, fisiologicamente i geni proto-oncogeni tramite le proteine codificate mandano dei segnali che permetteranno ai geni oncosoppressori di arrestare il ciclo cellulare. Quando i geni proto-oncogeni invece subiscono delle mutazioni provocate da agenti esogeni (cancerogeni chimici, fisici, virali) e dunque non sono più in grado di svolgere il loro compito, vengono definiti oncogeni. Questi “nuovi” geni codificano per proteine che invece di controllare il ciclo cellulare portano a una proliferazione eccessiva e incontrollata delle cellule. L'errore oltre ad essere di tipo quantitativo può essere anche di tipo qualitativo ovvero la formazione di un prodotto eccessivamente funzionante. I geni oncosoppressori invece codificano per proteine che svolgono la funzione opposta rispetto ai proto-oncogeni, questi infatti hanno il compito di arrestare il ciclo cellulare, quindi codificano per proteine che inibiscono la divisione cellulare, andando a costituire il sistema di frenata. Questo arresto del ciclo cellulare avviene quando si riscontrano alterazioni relative al DNA, quando queste poi vengono riparate il ciclo cellulare può ripartire. Il gene oncosoppressore più importante è il p53, questo perché ha due ruoli fondamentali ossia quello di bloccare i geni proto-oncogeni e quello di arrestare il ciclo cellulare, ma ha anche la funzione, quando il DNA non può essere riparato, di mandare la cellula incontro a morte per apoptosi. Una mutazione di questi geni oncosoppressori fa sì che non vengano più codificate proteine necessarie ad arrestare il ciclo cellulare in caso di mutazione o danno del DNA per permetterne la riparazione. Questo fenomeno di mutazione dei geni oncosoppressori è detto delezione genetica.

Nonostante esistano numerosi tipi di tumori la caratteristica che li accumuna più di tutti è la loro incapacità di andare incontro a morte controllata (apoptosi) permettendo quindi un'espansione incontrollata della moltiplicazione delle cellule che hanno subito una mutazione genetica. A prescindere poi dal blocco dell'apoptosi nelle cellule neoplastiche si verifica la riattivazione di un enzima, la telomerasi, in grado di impedire la perdita di nucleotidi alle estremità telomeriche dei cromosomi. Fisiologicamente questa perdita si

verifica a ogni divisione mitotica permettendo dopo un certo numero di divisioni di far uscire la cellula dal ciclo cellulare, questo processo è definito senescenza cellulare. Fisiologicamente nelle cellule normali l'attività della telomerasi è scarsissima questo perché a ogni divisione i nucleotidi telomerici presenti all'estremità cromosomiche vengono persi per permettere la mitosi e ciò comporta l'invecchiamento della cellula, nelle cellule tumorali invece c'è l'iperespressione del gene che codifica per l'enzima telomerasi permettendo quindi il recupero dei nucleotidi telomerici precedentemente persi nella divisione mitotica, garantendo alla cellula tumorale quindi un' illimitata proliferazione e l'immortalità.



**Figura 2. Processo di cancerogenesi**

## **1.4 Classificazione e stadiazione tumorale: neoplasia benigna e maligna**

In primo luogo per classificare la neoplasia si è fatto riferimento al comportamento della cellula tumorale e del suo tessuto d'origine, quest'ultima svelabile con l'esame istologico. La classificazione istogenetica (tessuto d'origine) è la più usata questo perché si è rivelato molto utile dal punto di vista clinico e biologico. Riconoscere il tessuto d'origine della neoplasia ci permette di ottimizzare una terapia più adeguata e capire le eventuali metastasi che la cellula tumorale può creare. Nella classificazione istogenetica si fa uso di termini aggiuntivi come: papillare che sta a indicare un tumore con struttura arborescente, cistico ovvero c'è la presenza nel tumore di una cavità delimitata dall'epitelio, colloide cioè cellule che producono un abbondante secreto mucoso e midollare cioè un tumore povero di stroma.

Oltre a questo come è stato già ribadito all'inizio del paragrafo la classificazione del tumore oltre al fattore istologico si basa anche sul comportamento del tumore ovvero la capacità di creare metastasi oppure no. In questo caso distinguiamo tumori benigni e maligni (figura 3). I tumori benigni mantengono inalterate le caratteristiche morfologiche e funzionali nei confronti delle cellule normali pur comunque mantenendo autonomia moltiplicativa, caratteristica generale di tutti i tumori. A differenza di quanto accade per i tumori maligni, in questo caso lo sviluppo è di tipo espansivo e non metastatico: ciò significa che può causare compressione meccanica sui tessuti vicini danneggiandoli. L'autonomia funzionale dei tumori benigni non è solo la capacità di avere autonomia moltiplicativa ma anche quella di non sottostare ai meccanismi omeostatici dell'organismo, un'altra differenza importante con i tumori maligni è che una volta asportati i tumori benigni non recidivano. Nonostante questo anche i tumori benigni possono essere letali, questo perché se localizzati in particolari distretti anatomici o se produttori sostanze biologicamente attive come gli ormoni possono portare a morte il paziente in tempi brevi rivelandosi più letali dei maligni. I tumori maligni invece sono costituiti da cellule che appaiono morfologicamente e funzionalmente diverse dalle cellule del tessuto di origine. La peculiarità di questi tipi di tumori è la capacità di abbattere i tessuti limitrofi facendosi strada nei vari tessuti fino ad arrivare in prossimità dei vasi sanguigni. Questa caratteristica è definita invasività neoplastica. Prendendo d'esempio un tumore che prende origine dall'epitelio della mucosa intestinale, dopo una

prima fase di sviluppo dove le cellule tumorali restano situate sul contesto dello strato epiteliale, si verifica il superamento della membrana basale, questo passaggio che in condizioni fisiologiche non avviene è dato in parte dal movimento delle cellule neoplastiche e in parte dall'alterazione della componente basale essendo costituita da una parte connettivale dovuta ai movimenti del tumore. Si formano così dei pori dove le cellule tumorali riescono a passare, successivamente le cellule neoplastiche rilasciano enzimi proteolitici che degradano i costituenti della membrana connettivale permettendo l'avanzamento della neoplasia. Inizialmente si parla di fase avascolare, questo perché l'ossigenazione e la nutrizione della cellula neoplastica avviene per diffusione di sostanze dai liquidi interstiziali, successivamente si parlerà di fase vascolare in cui il tumore avrà un proprio stroma e un proprio letto vascolare che si è formato grazie ai fattori angiogenetici che sono secreti dalla cellula tumorale e che permettono la formazione di questo letto vascolare.



**Figura 3. Differenza tra tumore benigno e maligno.**

Nonostante questo il tumore maligno ha anche la capacità di creare metastasi per cui si intende la capacità del tumore primitivo di andare a distaccarsi in parte dalla sua zona di origine e tramite il letto vascolare o linfatico andare a colonizzare, in zone adiacenti, se si parla di metastasi per continuità, in zone più remote se il tumore è in grado di viaggiare nel letto vascolare. Per far ciò però il tumore deve sviluppare il fenotipo metastatico che gli permette di sopravvivere nel circolo e potersi poi attaccare a nuovi tessuti per iniziare la proliferazione; nonostante questo la nascita del fenotipo metastatico nei tumori avviene dopo un periodo di medio lungo tempo, per questo trattamenti precoci e diagnosi precoci riducono il tasso di mortalità. Per inquadrare un'adeguata terapia ai fini clinici è stata disposta dunque una classificazione che va ad identificare il sotto tipo istologico, prendendo in considerazione le dimensioni del tumore primario e il suo grado di

infiltrazione (T), stato ed estensione di interessamento delle stazioni linfonodali (N), presenza di focolai metastatici (M). Si va a comporre così la sigla “TNM”, (Figura 4) alla quale vengono aggiunti numeri progressivi in base ad esempio all’aumento di dimensioni del tumore primario che verrà indicato con T4 nella sua massima estensione con T1 se l’estensione è minima. Se nella scala andiamo a riportare vicino alla lettera uno zero, allora starà ad indicare che in quella zona non ci sono tumori primari, interessamento linfonodale o metastasi. Da questa classificazione riusciamo a capire lo stadio del tumore che va da zero a quattro. Inoltre con la sigla NO andiamo a indicare che il tumore è in situ mentre se il tumore presenta metastasi si classificherà con la sigla M1. Questa classificazione ci permette di schematizzare e capire il grado di espansione e gravità del tumore, arrivando così a poter stabilire la terapia necessaria e se è necessario un intervento chirurgico con o senza rimozione dei linfonodi.

#### **T- Tumore primario**

<b>Tx</b>	Materiale non sufficiente
<b>T0</b>	Non evidenza di malattia
<b>Tis</b>	Carcinoma in situ:tumore piatto
<b>Ta</b>	Non infiltrante la tonaca sottomucosa
<b>T1</b>	Infiltrante la tonaca sottomucosa
<b>T2a</b>	Infiltrante la prima metà della tonaca muscolare
<b>T2b</b>	Infiltrante la seconda metà della tonaca muscolare
<b>T3a</b>	Infiltrazione microscopica del grasso peri-vescicale
<b>T3b</b>	Infiltrazione macroscopica del grasso peri-vescicale
<b>T4a</b>	Infiltrazione organi vicini: prostata, vescicole seminali utero, vagina
<b>T4b</b>	Infiltrazione parete pelvica e/o addominale

#### **N-Linfonodi**

<b>Nx</b>	Linfonodi non valutabili
<b>N0</b>	Assenza di metastasi nei linfonodi regionali
<b>N1</b>	Metastasi in un singolo linfonodo di una stazione endopelvica (otturatori, iliaci interni, iliaci esterni, presacrali)
<b>N2</b>	Metastasi multiple di stazioni endopelviche
<b>N3</b>	Metastasi multiple di stazioni endopelviche

#### **M- Metastasi a distanza**

<b>Mx</b>	Metastasi a distanza non valutabili
<b>M0</b>	Assenza di metastasi a distanza
<b>M1</b>	Presenza di metastasi a distanza

**Figura 4. TNM fatto nel tumore alla vescica.**

## **1.5 Prevenzione e trattamento della neoplasia**

Prevenire una neoplasia significa ridurre il tasso di mortalità nella popolazione per la malattia cancerogena. In occasione del World Cancer Day del 2017 l'OMS ha pubblicato una guida sulla diagnosi precoce del tumore, con l'obiettivo di migliorare le aspettative di vita e ridurre la mortalità nei pazienti oncologici, esortando a concentrarsi su sistemi sempre più innovativi di prevenzione e di educazione alla persona per il riconoscimento dei sintomi precoci del tumore. L'OMS ribadisce inoltre come la diagnosi precoce del tumore riduca notevolmente i costi su questa patologia.

La prevenzione oncologica è distinta in primaria e secondaria. Si parla di prevenzione primaria quando si modificano o comunque si accolgono stili di vita salutari andando ad allontanare ed evitare i possibili fattori di rischio dell'insorgenza del cancro. In questo caso il fumo di tabacco è il principale responsabile dell'insorgenza del carcinoma polmonare e della cervice uterina, ma anche una vita sedentaria accompagna ad una dieta non idonea possono essere fattori favorevoli per l'insorgenza del carcinoma. Per questo l'importanza di iniziative che mettono al corrente la popolazione su quale è la scelta di vita migliore per ridurre il rischio della neoplasia è fondamentale. Inoltre istruire la popolazione sui sintomi iniziali dei tumori più maligni e più frequenti permette di ridurre i costi di ospedalizzazione, cura e mortalità, si può quindi intervenire precocemente e fare una diagnosi precoce. Questa diagnosi quindi si basa sul riconoscimento dei primi sintomi e segni del tumore permettendo anche di migliorare nella popolazione la consapevolezza dei vari sintomi della neoplasia e quindi permettere di rivolgersi precocemente a un medico, migliorare la capacità di diagnosi precoce dei medici grazie a evidenze, raccomandazioni e su interventi di formazione continua. Secondo l'OMS dal riconoscimento dei sintomi all'inizio della terapia non dovrebbero passare oltre 90 giorni al fine di ridurre ritardi assistenziali. La popolazione inoltre va anche informata sulla possibilità di accedere a percorsi diagnostici che permettono di confermare anche la diagnosi precoce precedentemente fatta che si basava solamente su segni e sintomi, in questo caso si parla di prevenzione secondaria. Quest'ultima si basa su indagini diagnostiche per immagini o anche prelevando tessuto di sfaldamento per essere analizzato. La prima possibilità nell'analizzare il tessuto proveniente da un organo è stato grazie all'esame microscopico dopo fissazione e adeguata colorazione di strisce allestite

con del secreto vaginale prelevato per mezzo di una piccola spatola. Tale metodo, definito di Papanicolau o Pap-test, si è rivelato molto utile ai fini della diagnosi precoce in quanto permette di individuare lesioni precancerose stabilendone il grado di evoluzione e di pericolosità. Per ridurre il numero di falsi negativi il prelievo deve essere eseguito nella zona di transizione dell'epitelio squamoso dell'esocervice e quello colonnare dell'endocervice. I reperti dell'esame ci permettono di individuare lesioni che dividiamo in due categorie, le LGSIL che è indicativa per lesioni cervicali di natura pre-neoplastica (CIN) di primo grado, ovvero lesioni che nella maggior parte dei casi regrediscono spontaneamente, e le HGSIL ovvero CIN di secondo o terzo grado che solitamente progrediscono in un carcinoma invasivo. Il pap-test dovrebbe essere eseguito ogni tre anni se l'esame è negativo, altrimenti ogni anno se ci sono lesioni sospette nelle donne con età superiore ai 25 anni sessualmente attive. Nonostante questo dopo i 30-35 il pap-test può essere sostituito con l'Hpv-Dna test da eseguire ogni 5 anni. Se in questo caso quest'ultimo test risulta positivo si procede con il pap-test, se il pap-test è negativo si rifarà un nuovo esame dopo un anno altrimenti se il pap-test è positivo si procede con la colposcopia per individuare il grado di lesione e il trattamento opportuno.

Nonostante questo la neoplasia più frequente nel sesso femminile è il tumore mammario. Il programma di screening invita le donne dai 45/50 anni ai 69/74 tramite una lettera di invito, che la donna può accettare o rifiutare, a partecipare al test. La mammografia deve essere di elevata qualità radiografica per consentire il più elevato livello diagnostico, questo perché il tumore mammario spesso ha la stessa densità o comunque è molto simile al tessuto mammario normale e la non ottimale risoluzione di contrasto può rendere difficile individuarlo soprattutto nelle fasi iniziali. Se il test è negativo la risposta viene mandata a casa e sarà richiamata dopo due anni se rimane nella fascia di età, se il test è dubbio invece si richiedono accertamenti, se anche questi accertamenti sono positivi si propone alla donna un piano terapeutico.

In Italia un altro screening per la prevenzione tumorale è quello per la neoplasia al colon-retto, destinato ai cittadini con età dai 50 anni ai 69 anni. Il test consiste nella ricerca di sangue occulto nelle feci. I test di screening possono essere divisi in due gruppi, test mirati a ricercare marker di neoplasia di colon retto nelle feci e test che si basano nel visualizzare direttamente lesioni neoplastiche nel colon-retto. In caso di negatività dello screening il

paziente verrà invitato a ripetere il test dopo due anni, se invece il test è positivo vengono fatti degli aggiornamenti tramite colonscopia.

La prevenzione del paziente non si ferma solamente a questi due livelli ossia primaria (prevenire sviluppo patologia) e secondaria (screening), ma esiste un terzo livello di prevenzione definita terziaria. Questa prevenzione si basa su follow up che vengono fatti al paziente che sta facendo una terapia in questo caso anti-tumorale o controlli per evitare recidive.

La terapia anti tumorale ha come obiettivo quello di eradicare la neoplasia e guarire il paziente. La maggior parte dei tumori vengono trattati chirurgicamente mediante l'asportazione della neoplasia; si tratta della tecnica più efficace perché permette anche l'asportazione dei linfonodi circostanti che spesso possono essere coinvolti. A volte, oltre al trattamento chirurgico si somministra anche una terapia neo-adiuvante prima dell'intervento per cercare di ridurre la massa neoplastica e una terapia adiuvante dopo l'asportazione per evitare recidive. Un'altra terapia usata è la radioterapia, che utilizza radiazioni ad alta energia per bloccare le cellule cancerogene, generando radicali liberi e rottura del DNA. Questi radicali però possono spesso danneggiare i tessuti limitrofi, per questo le complicanze di questa terapia anche se efficace sono molteplici. Nonostante questo la radioterapia finalizzata alla guarigione è spesso associata a terapia chirurgica o chemioterapia. Quest'ultima si caratterizza per avere caratteristiche sistemiche, ovvero si diffonde tramite il sangue arrivando nei distretti dove il tumore è presente, sinergica perché può essere associata ad altre terapie come quella ormonale o radioterapia, ma dal canto suo pur essendo efficace le complicanze sono notevoli. Questo perché è poco selettiva in quanto non risparmia le cellule normali e per questo gli effetti tossici e collaterali sono molteplici soprattutto nei tessuti a crescita rapida. Nonostante questo però le cellule normali a differenza di quelle tumorali subiscono un danno a carattere temporaneo. Per far sì che la terapia chemioterapica sia efficace bisogna assicurare che il farmaco arrivi in quantità necessaria al distretto anatomico interessato, arrivi alle cellule bersaglio e resista ai distretti di detossificazione a livello cellulare e sistemico. I principali effetti collaterali dei chemioterapici sono alopecia, stomatiti, mucositi, alterazioni del sangue, diarrea, neuro e nefrotossicità. Per questo la chemioterapia va somministrata in cicli o sedute dove il tempo che intercorre tra un ciclo e l'altro varia a seconda del tempo di recupero degli organi più sensibili, primo tra tutti il midollo osseo. Infatti leucopenie e

piastrinopenie non sono rare da riscontrare durante il trattamento chemioterapico già dopo una settimana dalla prima somministrazione. Per questo gli esami ematici per valutare i valori del sangue sono fondamentali per aggiustare il dosaggio. Inoltre prima e durante la somministrazione dei farmaci chemioterapici vengono valutati anche funzionalità renali ed epatiche, questo perché i chemioterapici vengono espulsi per via renale e metabolizzati per via epatica tramite il citocromo p54 o espulsi per via biliare. Proprio come riportato nella tabella 1 i farmaci chemioterapici vengono dosati in base alla capacità del rene di espellere la parte tossica del farmaco e come si vede nella tabella 2 in base a bilirubina totale e aspartatoaminotrasferasi per constatare la funzionalità epatica e la capacità del fegato di metabolizzare il farmaco. La somministrazione di questi farmaci può essere per via orale, ma soprattutto per via sistemica che è la via più efficace ma più tossica per l'organismo.

Nonostante si è parlato di terapia per permettere la guarigione tumorale ed evitare recidive, spesso la terapia chirurgica e soprattutto la radioterapia vengono usate a scopo palliativo questo perché purtroppo non sempre il tumore può essere curato. In questo caso la terapia ha lo scopo di migliorare il fine vita della persona per permettere di vivere in modo dignitoso gli ultimi giorni restanti. La radioterapia palliativa è la più efficace per migliorare la qualità della vita della persona, come ad esempio la radioterapia nei tumori cerebrali permette di prolungare lo stato di benessere del paziente, eliminando il deficit neurologico, ma soprattutto la terapia per alleviare i sintomi dolorosi che spesso le metastasi creano. Il dolore è principalmente la causa per cui la terapia palliativa viene attuata, perché migliorare il dolore nel paziente oncologico permette di migliorarne la qualità di fine vita e di non limitare il paziente in attività di cui la sintomatologia dolorosa lo priverebbe.

## **Capitolo 2: l'evoluzione normativa del dolore e il dolore oncologico**

### **2.1 Definizione di dolore negli anni**

Il concetto di dolore e la sua definizione si sono evoluti negli anni andando a modificarsi e cambiando la presa in considerazione di questo sintomo. Si è cercato sempre di più di dare una definizione che riesca ad abbracciare questo sintomo in maniera olistica, prendendo sempre di più in considerazione sia l'aspetto sensoriale come l'intensità ma anche l'aspetto psichico ovvero lo stato d'animo che una persona affetta da dolore cronico limitante possa avere.

Il dolore è il risultato di un processo che inizia con la recezione dello stimolo doloroso, ciò si basa su un danno reale all'organismo, il quale viene recepito dai recettori che attraverso le fibre nervose periferiche portano l'impulso al sistema nervoso centrale che a sua volta elabora lo stimolo doloroso e lo processa come dolore vero e proprio e quindi come una sensazione dolorosa. Il dolore viene definito anche sotto una componente psicologia perché questo può variare di intensità, quindi diminuire o aumentare, in base alle caratteristiche cognitive, sensoriali, socioculturali, motivazionali della persona che riceve lo stimolo doloroso, per questo motivo il dolore è definito come un'esperienza soggettiva. Una corretta definizione di dolore quindi non può fermarsi solo alla componente anatomica e fisica ma deve tenere in considerazione tutti gli aspetti della persona sia fisici sia psicologici.

La prima definizione che rispecchia sia l'aspetto sensoriale sia emotivo viene data nel 1979 dall'associazione internazionale per lo studio del dolore (IASP) sotto la guida dello psichiatra Merskey che definisce "il dolore come un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta in rapporto a tale danno". Nonostante l'innovazione nell'affermare che il dolore è un'esperienza emozionale resta comunque il concetto che il dolore è relazionato ad un danno tissutale non tenendo in considerazione il dolore ideativo dove il danno fisico non è presente. Nel 1982 a seguito di questa definizione viene da Loeser il modello "onion

rings” secondo il quale il dolore viene suddiviso in quattro categorie che rispecchiano le dinamiche dello stimolo doloroso.

Queste categorie sono: nocicezione ovvero il rilevamento di un danno che viene trasmesso in impulso dalle vie del dolore, dolore che consiste nell’interpretazione e percezione umana, sofferenza che si traduce con risposta negativa al dolore, il comportamento di reazione al dolore che rappresenta l’estrazione posturale, mimica e verbale di sofferenza. Queste categorie sono divise in anelli inglobati tra loro dove ogni anello nel modello influenza gli altri e tutti hanno un’influenza sul livello di sofferenza e stress dell’individuo che prova dolore. La componente affettiva per definire il dolore viene inserita solamente nel 1988 sempre tramite l’IASP andando ad aggiungere che lo stimolo doloroso oltre ad arrivare alla componente nocicettiva arriva anche alle componenti riferite all’esperienza affettiva che modulano in maniera fondamentale quanto percepito. Nel 2020 dopo due anni di lavoro di una task force multidisciplinare viene elaborata una nuova definizione di dolore che va a modificare ma soprattutto ad arricchire la vecchia definizione di dolore che era in vigore dal 1979 (figura 5).

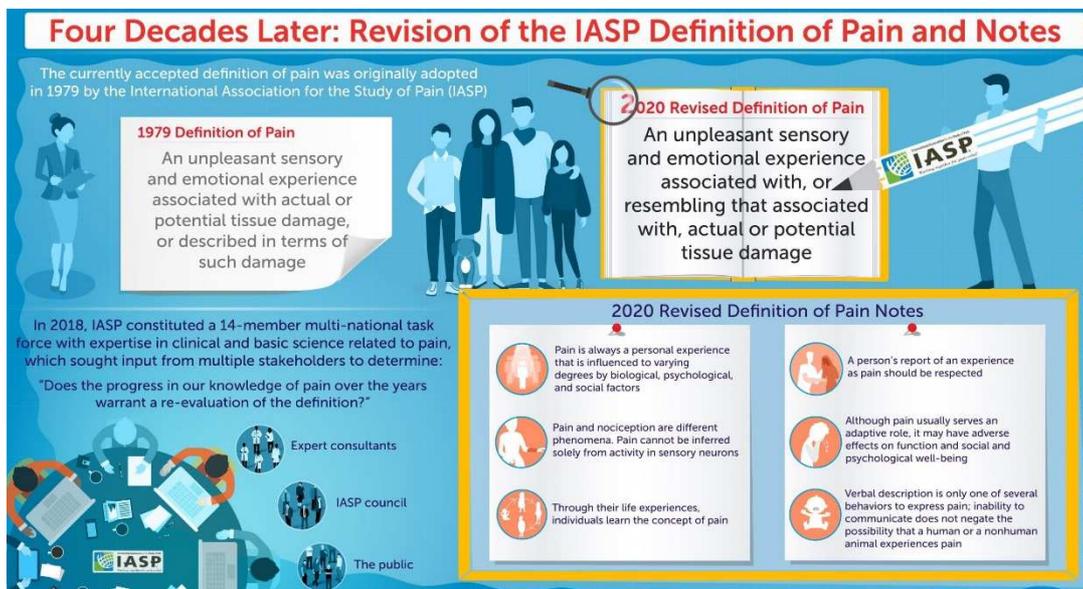


Figura 5. LA nuova definizione di dolore.

Il dolore, ad oggi, viene quindi definito come “Una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva associata o simile a quella associata a un danno tissutale effettivo o potenziale” corredata da 6 note:

- Il dolore è sempre un'esperienza personale che è influenzata in varia misura da fattori biologici, psicologici e sociali.
- Dolore e nocicezione sono fenomeni diversi. Il dolore non può essere dedotto esclusivamente dall'attività dei neuroni sensoriali.
- Attraverso le loro esperienze di vita, gli individui apprendono il concetto di dolore.
- Il resoconto di una persona di un'esperienza come dolore dovrebbe essere rispettato.
- Sebbene il dolore di solito svolga un ruolo adattativo, può avere effetti negativi sulla funzione e sul benessere sociale e psicologico.
- La descrizione verbale è solo uno dei tanti comportamenti per esprimere il dolore; l'incapacità di comunicare non nega la possibilità che un animale umano o non umano provi dolore.

La gestione del dolore soprattutto di quello cronico diventa quindi fondamentale per garantire il benessere della persona questo perché molto spesso non si viene intaccati solo fisicamente ma soprattutto psicologicamente, infatti, il dolore, può manifestarsi insieme ad ansia, disturbi dell'umore, depressione, sentimento di solitudine, di incompletezza e di incapacità di controllare le situazioni, creando conseguenze emotivo che possono essere alla base di sentimenti come ad esempio la paura che il dolore possa diventare incontrollabile, la paura di morte, la paura di perdere l'autocontrollo mentale o fisico, la paura di perdere il proprio ruolo sociale o di perdere la propria autostima. Per questa ragione il dolore viene definito come soggettivo perché oltre ad essere un impulso che viene recepito da recettori e cervello si può manifestare in modo differente a seconda del soggetto e soprattutto la sua intensità può cambiare da persona a persona. Ad esempio, le reazioni tipiche individuali sono caratterizzate dall'educazione, dal substrato culturale, dal contesto sociale e credenze religiose.

Il dolore, la sua elaborazione e la sua percezione, hanno quindi tre livelli di elaborazione. Il primo livello è quello discriminativo-sensoriale ovvero il soggetto riduce, localizza e

discrimina il tipo di stimolo doloroso che sta percependo, il secondo livello è quello emotivo-relazionale che interferisce nelle dinamiche sociali, e riguarda le manifestazioni verbali e non-verbali che si possono osservare nell'individuo che soffre, il terzo livello è quello cognitivo ossia l'influenza delle esperienze passate della persona che possono condizionare gli approcci futuri. Proprio queste implicazioni che entrano in gioco nello studio del dolore ovvero le componenti psicologiche e soggettive e la conseguente difficoltà di interpretare oggettivamente questo parametro vitale, hanno portato e stanno comunque portando a uno studio continuativo sia nel suo trattamento che nella sua definizione. In conclusione, tutto questo ci ha condotto negli anni ad avere diverse definizioni e modelli che cercavano sempre di più di capire e raccogliere tutte le caratteristiche del dolore in maniera olistica per permettere di prevenire ma soprattutto di intervenire nella cura del dolore.

## **2.2 L'evoluzione normativa del dolore**

Il dolore è stato da sempre un fattore che destava preoccupazione; per questo è stato al centro di numerosi studi per comprenderlo e controllarlo. La gestione del dolore infatti permette di migliorare la qualità della vita della persona e per questo non deve mai passare in secondo piano. In passato spesso la rilevazione e quindi poi successivamente la gestione del dolore veniva trascurata. Infatti la prima idea di poter alleviare il dolore nasce circa cinquanta anni fa da medici illuminati che avevano constatato di trovarsi di fronte a una duplice realtà ovvero una globale arretratezza nel considerare il dolore e dall'altro una mancata occasione di poterlo alleviare con farmaci oppiacei. Molte famiglie fino a quel periodo vivano il dolore come una punizione e spesso veniva usato un atteggiamento di passiva accettazione della sofferenza, mentre i medici vivevano l'insorgenza del dolore come una sconfitta professionale e umana. Inoltre anche sugli oppiacei gravavano pregiudizi quali, primo tra tutti, quello secondo il quale questi farmaci davano tolleranza determinando una sorta di assuefazione dell'organismo e creando dipendenza alla persona che li assumeva. L'idea dell'oppiaceo inoltre era vista ed associata alla criminalità e

all'abuso. Per questa serie di motivi la gestione e la presa in considerazione del dolore è stata per molto tempo in passato lasciata in disparte.

Le prime tappe per la gestione del dolore sono state conseguite nel 2001 quando principalmente con la legge del 12 novembre che individua i farmaci per la terapia del dolore e ne costituisce un elenco e, successivamente, con la legge numero 405 del 16 novembre 2001, c'è stata la concessione dei farmaci antidolore anche a livello dell'ambito dell'assistenza domiciliare. Nonostante queste riforme in Italia il dolore era ancora un rilevante problema, in particolare quello cronico. Questo perché secondo uno studio condotto da Pain in Europe, condotta dal 2002 al 2003 da NFO WorldGroup e sponsorizzata da Mundipharma International Limited, in Italia 1 persona su 4 soffriva di dolore cronico. Questo perché il dolore era di solito sotto trattato, infatti spesso nel migliore dei casi la terapia per il dolore era stata iniziata ma non continuata, se non addirittura, come avveniva nella maggior parte dei casi, non era neanche iniziata. Inoltre spesso la terapia usata contro il dolore era una terapia a base di fans e spesso poco efficace mentre i farmaci oppiacei come la morfina venivano raramente utilizzati. La causa principale di ciò era la mancanza effettiva di centri omogenei che garantissero a livello extra ospedaliero la cura e la gestione al dolore; mancavano percorsi facilmente accessibili e con strutture condivise per aiutare la persona a combattere il dolore e inoltre la parità di accesso alla terapia del dolore non era garantita per carenza di coordinamento tra ospedale e territorio. L'idea e la necessità di disporre di una legge sul dolore è nata nel luglio del 2008 proprio per queste problematiche. Chi se ne occupò furono il deputato Giuseppe Palumbo e Antonio Tomassini presidente della 12° Commissione Igiene e Sanità del Senato. L'idea era quella di mettere in evidenza l'importanza della gestione del dolore e delle cure palliative, scaturita dall'evidenza che il 96% di malati in palliazione soffriva di dolore, motivo per cui la cura meritava attenzione. Venne così realizzato un gruppo di lavoro che mirava ad estendere la prima bozza di legge in circa otto mesi, formando due documenti distinti, uno sul dolore e uno sulle cure palliative in cui venivano sottolineati i molteplici nodi da sciogliere. Solamente il 15 Marzo 2010 venne approvata dalla camera con 476 voti la legge numero 38 (figura 6).



**Figura 6. Legge 38/2010.**

Tale legge tutela il cittadino all'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, lo scopo è quello di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana. Inoltre la legge garantisce che le strutture sanitarie eroghino e assicurino un programma di cure individuali sia per il malato sia per la sua famiglia, senza alcuna discriminazione. I punti fondamentali di questa legge sono racchiusi principalmente nell'articolo 1, dove si sancisce l'importanza della tutela e si garantisce il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e terapia del dolore, e nell'articolo 2 dove sono indicate le definizioni di «cure palliative», «terapia del dolore», «malato», «reti», «assistenza residenziale», «assistenza domiciliare», «day hospice», «assistenza specialistica di terapia del dolore». In particolare le innovazioni principali di questa legge sono la presenza di scale per la rilevazione del dolore in cartella clinica, che si trovano appunto sia in quest'ultima sia in cartella infermieristica. Così la registrazione del dolore e la sua misurazione diventano un'attività di routine al pari del controllo di pressione e temperatura. L'altra innovazione importante è poi il facilitamento di prescrizioni dei farmaci oppioidi non iniettabili da parte dei medici di famiglia. La legge inoltre punta molto sull'omogeneità, per cui tutte le persone che hanno bisogno di cure palliative o di terapia contro il dolore devono essere in grado di essere grado di potervi accedere in maniera uguale, senza disparità. Per far sì che la leggi funzioni però è importante un controllo costante che è attuato tramite un ufficio per il monitoraggio dei dati relativi alla prescrizione e all'utilizzazione di farmaci nella terapia del dolore, dello sviluppo delle due reti e del loro stato di avanzamento, delle attività di formazione, informazione e ricerca e più in generale delle prestazioni erogate e dei loro esiti. Sono controllati anche i livelli di spesa per Regione in attuazione della

legge, con possibilità di interruzione dei fondi in caso di inadempienza. Inoltre nascono due reti assistenziali distinte per favorire la formazione dei medici e l'applicazione della nuova normativa. Le due reti sono una per le cure palliative e l'altra per la terapia del dolore; queste, così distinte, mettono in comunicazione diversi centri specializzati per migliorare l'assistenza fornendo supporto ai medici per l'erogazione di cure ai paziente con standard sempre più elevati. Questa legge è stata la svolta per cambiare la concezione del dolore nel paziente e per dimostrare che non prova dolore solo chi ha una neoplasia e come effettivamente migliorare il dolore possa migliorare la qualità di vita della persona, riducendone la disabilità e migliorando i costi in sanità. La legge inoltre assicura al malato e alla sua famiglia alcuni principi fondamentali come il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona malata, un'adeguata risposta al bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza alle specifiche esigenze individuali, un sostegno adeguato sanitario e socioassistenziale.

Un altro passo fondamentale infine è stato quello di promuovere campagne istituzionali di informazione per i cittadini, sia per la modalità di accesso alle cure palliative, sia alla modalità di accesso alla modalità per l'erogazione delle prestazioni e ai programmi di assistenza. Tutto questo ha concorso a far conoscere al cittadino il proprio diritto di accedere alle cure contro il dolore per il miglioramento della qualità di vita.

### **2.3 Come si trasmette l'impulso dolore nel nostro organismo**

La trasmissione del dolore è un processo che avviene in pochi millisecondi, ed è sia discendente sia ascendente, regolato dalle fibre nervose del nostro organismo e dal nostro sistema nervoso. Questo processo ci permette di provare dolore allo stesso tempo e quindi di reagire, di avere una risposta allo stimolo doloroso che nella maggior parte delle volte ci porta a proteggerci dal dolore. I primi a ricevere lo stimolo doloroso sono i nocicettori ovvero terminazioni libere sulla cute che rispondono solo a stimoli intensi, potenzialmente in grado di creare un danno al nostro organismo; questi recettori sono presenti sugli organi, il dolore originatosi da questi organi è dovuto alla stimolazione intensa di recettori che hanno altri scopi, per esempio lo stiramento, l'infiammazione, la

necrosi, la dilatazione e lo spasmo sono cause di intensa risposta a queste fibre e possono creare dolore. Quando le fibre nocicettive vengono stimulate attivano i mastociti che rilasciano istamina e si verifica una vaso dilatazione, un'intensa stimolazione della branca viscerale delle fibre dovuta alla connessione di quest'ultime con i nocicettori può causare un dolore definito riflesso. I mediatori chimici del dolore sono varie sostanze che mediano la sensibilità al dolore permettendone di aumentarne la trasmissione o la percezione. Questi mediatori sono le prostaglandine che aumentano la vasodilatazione aumentando il rossore, gonfiore e calore dell'area colpita; le chinine che sono stimolatori infiammatori che vanno ad aumentare la permeabilità capillare e la formazione quindi dell'edema; successivamente ci sono altri mediatori come sostanza p e serotonina. Dopodichè lo stimolo nervoso deve essere trasportato a livello del sistema nervoso centrale per la sua elaborazione, qui inizia la via ascendente. Questo processo inizia con la connessione dei nocicettori con i neuroni centrali del tronco encefalico e del midollo spinale. Questa connessione è resa possibile grazie alle fibre nocicettive A $\delta$ , A $\beta$  e C specificatamente fibre a velocità media di conduzione. Queste fibre arrivano fino al corno dorsale del midollo spinale; da qui c'è il passaggio dell'impulso doloroso al secondo neurone che risiede nella zona marginale della sostanza grigia, da esso hanno origine le fibre ascendenti che portano le informazione al talamo. Nel cervello avviene l'elaborazione del dolore e la sua percezione grazie alla sostanza reticolare che influenza la coscienza, il midollo allungato che stimola i recettori respiratori e cardiovascolari, talamo che è la stazione di collegamento e indirizza i vari impulsi nervosi nelle varie aree cerebrali, ipotalamo e ipofisi che creano una risposta endocrina e ormonale e infine la corteccia cerebrale che processa l'impulso doloroso come un vero e proprio stimolo doloroso. Dalla via ascendente successivamente si passa alla via discendente ovvero la via che modula lo stimolo doloroso. Il sistema discendente è un sistema di fibre che si origina dalla porzione inferiore o media del cervello e termina nelle fibre inibitrici delle corna dorsali del midollo spinale. Il centro della via discendente che ne regola la sua modulazione è il PAG ovvero la porzione del mesencefalo definita grigio periacqueduttale cioè una porzione di materia grigia che circonda l'acquedotto di Silvio. Le vie discendenti sono due ed entrambe sono responsabili della liberazione di endorfine che hanno l'obiettivo di prevenire la continua trasmissione dello stimolo doloroso nella via ascendente andando così a inibirla. Una via prende origine dal locus coeruleus e manda gli assoni fino al corno

dorsale dove il neurotrasmettitore liberato è la noradrenalina che inibisce la liberazione della sostanza P, riducendo la percezione del dolore; la seconda via è quella che prende origine dal mesencefalo e dal midollo allungato e proietta i suoi assoni al midollo spinale dove viene liberata serotonina. Nonostante ciò questo sistema non sempre riesce a ben funzionare, in questo caso si parla di dolore cronico: questo accade quando le vie nervose vanno incontro a cambiamenti fisico chimici che le rendono ipersensibili al dolore e resistenti agli input antinocicettivi.

## **2.4 Le varie tipologie di dolore e il dolore oncologico**

Il dolore può essere diviso in diverse categorie a seconda della sua durata, e della sua origine. Normalmente viene distinto, come abbiamo precedentemente anticipato, in base al suo tempo di durata e possiamo riconoscere:

- **Dolore acuto:** si tratta di un dolore di breve durata dovuto principalmente a un danno tissutale o a una lesione. Il dolore acuto indica che c'è stata una lesione che crea uno stato di allerta e dolore nel paziente. Normalmente il dolore acuto scompare in tempo, normalmente inferiore a sei mesi e comunque dentro l'anno dalla sua insorgenza, nonostante ciò la lesione che ha creato il dolore acuto può regredire spontaneamente o aver bisogno di terapia che l'aiuta a guarire. Infatti questo se un dolore acuto intenso non viene trattato può provocare effetti dannosi all'organismo come alterazione nel dormire. Inoltre il dolore acuto non alleviato può creare squilibri a livello polmonare, vascolare e gastrointestinale. Nonostante quindi sia un dolore che non perdura per molto tempo, se non viene curato un dolore acuto intenso associato ad ansia può creare degli squilibri importanti al paziente ed è bene quindi saperlo riconoscere e intervenire.
- **Dolore persistente:** è un dolore dovuto alla permanenza o alla ricorrenza dello stimolo algico. Questo stimolo doloroso conserva le caratteristiche del dolore acuto ma va comunque distinto da quello cronico. Il dolore persistente infatti si presenta quando l'organismo viene esposto continuamente allo stimolo doloroso: un esempio è il dolore associato alle malattie neoplastiche, dove la causa del dolore continua ad essere operante. Anche in questi casi, come nel dolore acuto, si ha di solito una buona risposta agli

analgesci ed alle misure antinocicettive come i blocchi anestetici e gli interventi neurolesivi. Il dolore persistente è associato ad una reale patologia, di solito si tratta di dolore acuto che reagisce alla somministrazione di farmaci, tuttavia il dolore persistente può trasformarsi in dolore cronico.

- Dolore cronico: questo tipo di dolore può essere costante o intermittente, esso dura anche dopo il tempo atteso per la guarigione e non può essere attribuito a un'unica causa o lesione. Per questo motivo è molto difficile da trattare. Il dolore cronico è quel dolore che dura in modo continuo per oltre sei mesi a differenza di quello acuto, anche se comunque ci si rende conto fin da subito se ci troviamo di fronte a un dolore cronico o acuto. Il dolore cronico a differenza di quello acuto non ha nessuna finalità positiva ma anzi se persiste e non viene trattato diventa la vera e propria malattia. Questo perché nel dolore cronico non c'è più una connessione con la causa che lo ha generato a differenza del dolore acuto che una volta risolta la causa anche quest'ultimo scompare. Pertanto nel paziente con dolore cronico si cerca di intervenire in modo da alleviare il dolore e non creare depressione e disabilità, nonostante comunque in alcuni casi ci sia bisogno di un'ingente quantità di farmaci oppioidi.

Un altro modo per distinguere il dolore è capire l'origine del dolore e come questo si instaura; secondo questa classificazione possiamo andare a distinguere diverse tipologie: (Figura 7)

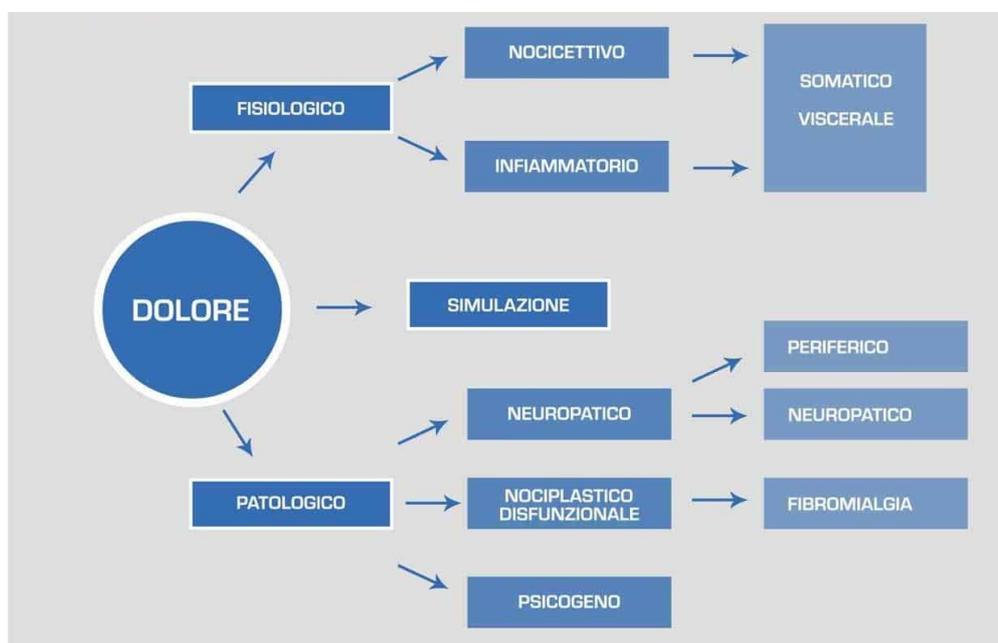
- Dolore da ipernocicezione: questo tipo di dolore è dovuto a un danno causato dall'esterno come un taglio che attiva i meccanismi fisiologici del dolore. Distinguiamo in questo caso il dolore in primario, ovvero dovuto agli stimoli alogeni che si applicano nella zona di danno e dolore; secondario ovvero il dolore che si irradia nelle sedi correlate a quella del dolore primario. Può essere inoltre superficiale o profondo: il primo è definito per lo più cutaneo mentre il secondo viscerale.
- Dolore neuropatico: questo tipo di dolore è causato da un danno o una lesione al sistema nervoso somatosensoriale. Le cause principali sono malattie o infiammazione del sistema. Viene suddiviso in periferico quando la lesione e la malattia interessano il sistema periferico e in centrale quando a essere interessato è il sistema nervoso centrale. Per verificare se il dolore è di tipo neuropatico è fondamentale in primo luogo controllare l'integrità del sistema somatosensoriale. Per farlo basta un semplice strumentario (un batuffolo di cotone, una graffetta e una provetta di acqua calda) con il quale si può

valutare le tre vie di conduzione del sistema somatosensoriale all'interno dell'area di dolore descritta dal paziente. Le fibre A-beta sono responsabili del tatto e della vibrazione per verificarne la loro funzionalità si fa una leggera pressione con un batuffolo di cotone nell'area di dolore. Le fibre A-delta sono responsabili del dolore rapido si fa quindi una pressione con una punta di graffetta per verificare la percezione dello stimolo puntiforme; le fibre C sono responsabili della percezione termica quindi si applica una provetta di acqua calda 40-42°C per verificare lo stimolo termico. Qualora uno dei tre stimoli valutati nell'area del dolore riferita dal paziente non venga percepito dallo stesso, l'integrità del sistema somatosensoriale è compromessa e si pone pertanto il sospetto di dolore neuropatico.

Un altro tipo di dolore che affligge la maggior parte della popolazione con neoplasia è quello oncologico, il dolore oncologico soprattutto in pazienti che ricevono cure palliative è il nemico più grande del paziente portatore di una neoplasia. Questa tipologia di dolore può essere acuto o cronico e la sua onnipresenza, dopo la paura di morire, è la paura più grande del paziente neoplastico. Il dolore oncologico è un dolore globale: almeno una persona su tre alla diagnosi di cancro ha già un dolore persistente. Principalmente il dolore oncologico colpisce con un'incidenza maggiore i tumori delle ossa, del pancreas, del polmone e dell'utero. Nella maggior parte dei casi, circa il 70%, di questi, il dolore oncologico è legato al diretto interessamento del tumore a causa di invasione del sistema scheletrico, invasione o compromissione delle strutture nervose, ostruzione di visceri cavi, ostruzione o invasione vascolare e interessamento o ulcerazione delle mucose; nel 10% dei casi da sindromi indotte dal tumore come sindromi paraneoplastiche, dolore associato a debilitazione come piaghe da decubito e infine nel rimanente 20% dei casi è dovuto a procedure diagnostiche o terapeutiche per la diagnosi o cura del tumore. In questo ultimo caso si parla di biopsie, dolore acuto del post-operatorio, dolore post-radioterapia, dolore successivo alla chemioterapia. Nonostante se ne conosca in parte la causa, il dolore oncologico viene sotto-trattato e frequentemente trascurato come problema. Si pensa infatti che circa il 25% dei pazienti oncologici arrivi alla morte senza trovare sollievo dal dolore. Il dolore da cancro è così definito come un dolore totale sia per il paziente per la famiglia nel corso della malattia. Il dolore oncologico, come le altre tipologie di dolore, non si avvale solo di una componente fisica ma anche di quella psicologica della persona che spesso è accompagnata da ansia e depressione. Questo

permette di capire come il solo controllo del dolore fisico nel paziente oncologico non basta e va quindi inteso come una condizione necessaria ma spesso non sufficiente per un miglioramento della qualità di vita. Per questa serie di motivazioni il dolore oncologico è definito per l'appunto dolore globale perché in modo olistico avvolge il paziente.

Il dolore oncologico poi può presentarsi in modo continuo o intermittente. In media il dolore continuo ha una durata che è di circa dodici ore e viene generalmente trattato con farmaci ad orario, mentre il dolore intermittente consiste in improvvisi aumenti di intensità di dolore che compare rispetto a una situazione di relativo controllo del dolore, in pazienti generalmente in trattamento con oppioidi somministrati ad intervalli regolari. La gestione del dolore oncologico diventa quindi una problematica importante e soggetta a continui studi per permettere e garantire al paziente oncologico in stato terminale una morte dignitosa e senza dolore.



**Figura 7. Tipologie di dolore.**

## **2.5 Il trattamento contro il dolore oncologico**

La gestione del dolore oncologico diventa così un passo fondamentale per migliorare la qualità di vita del paziente. La sua importanza soprattutto nelle cure palliative permette al paziente oncologico di affrontare in modo dignitoso e più serenamente possibile il fine vita. Le prime linee guida per il trattamento del dolore oncologico vennero pubblicate dall'OMS nel 1986 con l'obiettivo di stabilire un metodo scientifico valido per il trattamento del dolore e che potesse essere usato a livello comunitario. L'approccio proposto dall'OMS è quello di usare i farmaci analgesici in modo graduale con l'obiettivo sequenziale di aumentare le ore di sonno al paziente, ridurre il dolore a riposo e ridurre il dolore in posizione eretta e in movimento. Oltre a ciò viene prevista l'integrazione o meno con farmaci adiuvanti e con terapia non farmacologica. Nel trattamento del dolore oncologico è fondamentale una strategia lineare che riconosce gli obiettivi prioritari della persona, che devono essere raggiunti in modo tempestivo ed efficace. Gli obiettivi sono la prevenzione della comparsa del dolore, somministrare il farmaco attraverso una via razionale, prevenire gli effetti collaterali. La scelta del farmaco viene fatta inizialmente nel primo metodo stilato dall'OMS in maniera sequenziale basandosi su uno schema a tre gradini, successivamente questo metodo viene rivalutato e modificato dall'OMS che spiega come la scelta farmacologica non deve essere più sequenziale ma in base al dolore che si percepisce. La scala a tre gradini comprende tre differenti approcci in base all'intensità del dolore (figura 8). Nel caso in cui quest'ultimo sia lieve vanno usati farmaci non oppioidi come farmaci antinfiammatori ad esempio fans, nel caso invece di dolore lieve-moderato si prende in considerazione l'uso di farmaci adiuvanti associati a farmaci oppioidi come la codeina, la morfina per via orale. Se quest'ultima è poco efficace si può utilizzare il metadone o l'ossicodone. L'ultimo gradino è quello in cui il dolore viene percepito in modo moderato-severo, qui la terapia si basa su oppiacei per il controllo del dolore severo. Spesso i farmaci adiuvanti in queste terapie, come ansiolitici, antidepressivi, anticonvulsivi e anestetici locali, somministrati in contemporanea a farmaci oppioidi possono potenziare l'azione analgesica. Bisogna poi ricordare che il dolore è soggettivo quindi una terapia personalizzata è fondamentale.

I farmaci adiuvanti possono essere suddivisi in quattro categorie:

- Antidepressivi: usati principalmente nel paziente oncologico con dolore che ha disturbi dell'umore e del sonno. L'azione dei farmaci è antidepressiva e sedativa in associazione ad analgesici classici. I farmaci di prima scelta sono i triciclici perché hanno un effetto analgesico che viene ottenuto in tempi brevi.
- Anticonvulsivanti: questi farmaci come la carbamazepina, la fenitoina, il clonazepam e la gabapentina, vengono usati quando il dolore è lancinante o comunque episodico, sono fondamentali qualora la risposta al trattamento con farmaci triciclici non sia soddisfacente.
- Corticosteroidi: nelle cure palliative l'uso di corticosteroidi migliora l'umore in maniera evidente, l'appetito e il senso di benessere del paziente con cancro in fase avanzata. Nel dolore oncologico i corticosteroidi si sono rilevati particolarmente efficaci quando la neoplasia si trova in fase avanzata e ci sono metastasi ossee o infiltrazioni.
- Anestetici locali in somministrazione orale: questi farmaci devono essere considerati di seconda scelta rispetto agli altri indicati precedentemente, in altre parole si può usare un anestetico locale per os solamente dopo aver accertato l'inefficacia di farmaci antidepressivi e anticonvulsivi. Bisogna tener conto inoltre che questo tipo di terapia non sempre è efficace e che possono esserci delle conseguenze a livello cardiaco o cerebrale in quanto vengono alterati i canali del sodio.

I farmaci oppioidi utilizzati per il trattamento del dolore da cancro variano in base all'intensità del dolore oncologico del paziente. In questo tipo di terapia è fondamentale che vengano prese in considerazione il giusto dosaggio, la giusta posologia, la giusta via di somministrazione e un controllo continuo di possibili effetti collaterali e indesiderati. Principalmente nel trattamento del dolore lieve-moderato vengono usati tramadolo, dextropropofene e codeina, quest'ultima per via orale o intramuscolare e viene considerato un profarmaco della morfina, spesso è associata ai fans quale paracetamolo per migliorare il beneficio nel paziente.

Nella gestione del dolore moderato-severo il farmaco cardine è la morfina che può essere assunta per via orale a lento rilascio o endovena. In questo caso il controllo del dolore con farmaci oppiacei importanti è fondamentale soprattutto nel paziente che si sta avvicinando al fine vita. Spesso la morfina può essere associata ad antidepressivi triciclici che ne aumentano l'effetto analgesico.

Si è riscontrato dunque che la gestione terapeutica del paziente oncologico ha fornito numerose soluzioni terapeutiche per controllare il dolore; sono quindi divenute fondamentali la giusta scelta terapeutica, il giusto approccio al paziente e indirizzare il paziente verso programmi di gestione del dolore oncologico personalizzati in quanto il dolore è per l'appunto in sintomo soggettivo.

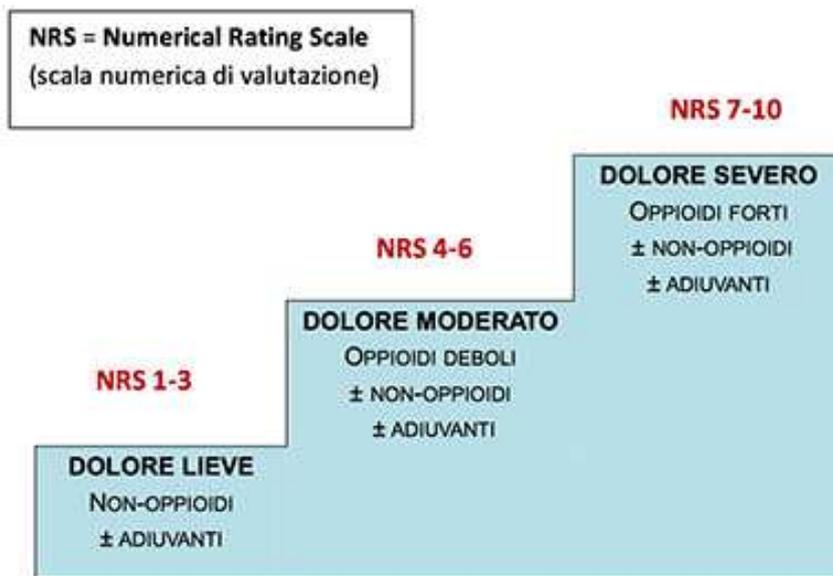


Figura 8. Trattamento del dolore in base alla sua intensità.

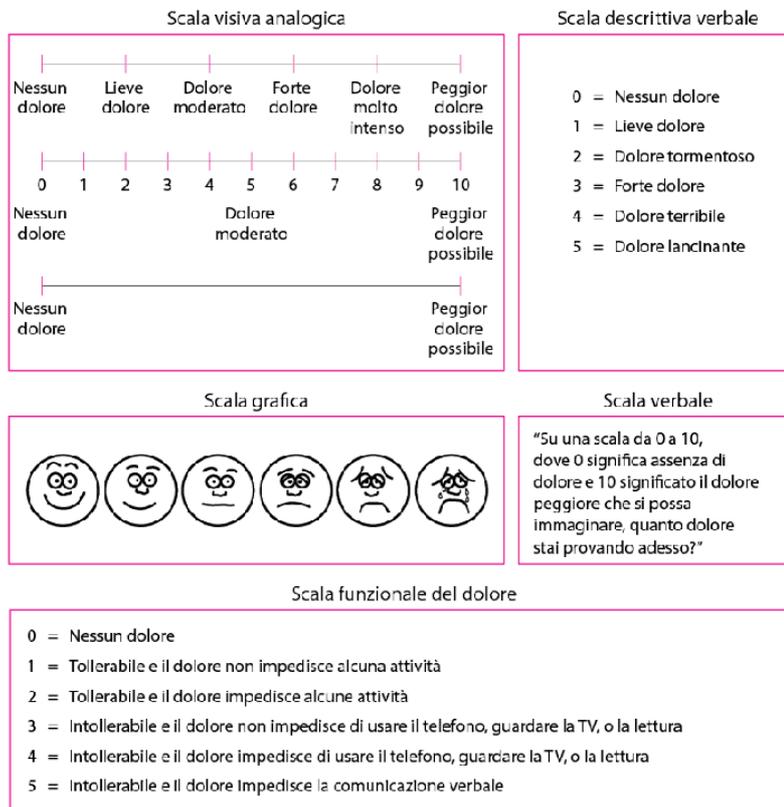
## **Capitolo 3: Le responsabilità infermieristiche nella valutazione e gestione del dolore oncologico e nelle cure palliative**

### **3.1 Ruolo dell'infermiere nella gestione del dolore oncologico.**

L'infermiere ha un ruolo fondamentale nella gestione del dolore nel paziente oncologico in quanto si accerta dell'intensità del dolore e delle sue caratteristiche per poi determinare con il team multidisciplinare una terapia adeguata. Il dolore infatti non è solo considerato un sintomo, ma un problema multidimensionale che richiede competenza, conoscenza e professionalità. L'infermiere in questo caso deve essere in grado di identificare il paziente con dolore, effettuare una valutazione completa del dolore, incluso l'impatto sulla vita socio-familiare e compiere azioni per il controllo del dolore con una rivalutazione efficace. Questi inoltre deve conoscere i farmaci oppioidi per il controllo del dolore, conoscere e gestire i sintomi avversi della terapia, richiedere l'intervento medico per un adeguamento del piano di cura, educare e coinvolgere gli utenti e i caregiver. L'infermiere è quindi portato a fare un accertamento completo del paziente portatore di dolore, con l'obiettivo primario di migliorare la qualità della vita e l'indipendenza della persona.

Tuttavia non è semplice riuscire a misurare in maniera oggettiva un'esperienza soggettiva come il dolore, in cui i significati personali e le esperienze precedenti si sommano e differenziano l'intensità, la qualità e la durata della sensazione dolorosa. Essendo quindi il dolore un'esperienza soggettiva non visibile e oggettivamente osservabile, non è possibile quantificarlo in modo diretto e univoco. Per queste ragioni la comunicazione con il paziente diventa un fattore fondamentale: saper ascoltare il paziente e creare un rapporto di fiducia con lui permette di riuscire a farlo esprimere al meglio e allo stesso tempo lo rassicura in quanto un dolore cronico persistente spesso può andare a intaccare la sua sfera emotiva. Infatti l'accertamento del dolore soprattutto quello oncologico non si deve basare solamente sulle caratteristiche sensoriali, bensì anche sulle altre dimensioni del problema come l'umore, il coping e le risposte dei membri della famiglia, soprattutto se si sta trattando un paziente con dolore cronico oncologico.

Per identificare l'intensità del dolore l'infermiere comunque si avvale di strumenti che cercano di oggettivarlo. In questo caso stiamo parlando delle scale di valutazione (figura 9) del dolore.



**Figura 9. Differenti scale di valutazione del dolore.**

Queste sono molte e differenti e variano in base alla capacità collaborativa del paziente. In primo luogo vengono usate se il paziente è vigile e collaborante: le scale verbali indicate solitamente con l'acronimo vrs. Queste scale, solitamente, associano il livello di dolore presente (nessun dolore, lieve, moderato, forte e insopportabile) ad un numero da 1 a 4. Nelle scale di valutazione vrs si stima solamente il valore dell'intensità del dolore e hanno numerosi vantaggi come ad esempio la semplicità nel loro utilizzo; hanno inoltre dimostrato una buona affidabilità e validità. Queste scale però presentano anche dei punti di debolezza, il primo fra tutti che sono scarsamente correlate con i fattori della personalità che influenzano il dolore. Un altro tipo di scala per analizzare l'intensità del dolore in soggetti collaboranti è la scala numerica definita con l'acronimo nrs. Questo

tipo di scala è rappresentata da una serie di numeri corrispondenti ai gradi crescenti d'intensità del dolore. Il paziente in questo caso deve indicare il numero che ritiene corrispondente all'intensità del dolore. I pazienti accettano regolarmente queste scale e sono facili da usare, soprattutto se i numeri sono ancorati a termini descrittivi del dolore. Queste scale possono essere usate più volte durante la giornata per monitorare l'andamento dello stimolo doloroso. Nonostante questo però bisogna tenere in considerazione che frequenti monitoraggi possono far accrescere l'ansia al paziente distorcendolo dalla vera intensità del dolore. Una problematica nell'uso di questa scala sta nella difficoltà del paziente a ridurre ad un numero l'intensità del dolore. Un'altra tipologia di scala che si può usare nella valutazione del dolore in pazienti con difficoltà di linguaggio ma vigili e collaboranti è la scala-analogica visiva, spesso conosciuta come vas. La vas più comune consiste in un segmento di retta, generalmente lungo 10cm lungo la quale si chiede al paziente di tracciare un segno trasversale in base al dolore che prova. L'operatore poi misurerà la distanza tra il polo "nessun dolore" e il punto segnato dal paziente: più il punto tracciato è lontano, più il dolore sarà intenso. Le potenzialità di questa scala risiede nel fatto che è semplice e veloce da utilizzare, può essere utilizzata più volte durante la giornata e fornisce un'informazione più precisa sull'intensità del dolore in quanto non è vincolata da numeri. Nonostante questo però, presenta comunque degli svantaggi; a volte infatti è difficile usarla con gli anziani, non può essere usata nell'immediato post-operatorio o con pazienti con chiare limitazioni visive e motorie e inoltre può accadere che i pazienti mettano il loro segno a caso. Il più grande limite della vas comunque è quello di misurare solo l'intensità del dolore, considerandolo quindi come un'esperienza unidimensionale. In questa scala infatti non vengono considerate le diverse sfaccettature che il dolore presenta. Lo strumento più usato in clinica e ricerca è il questionario di McGill; esso si basa su 78 parole che servono per descrivere il dolore in modi differenti ovvero sotto l'aspetto sensitivo, affettivo e una valutazione sull'esperienza totale del dolore. Questi tre aspetti che vanno a definire tre classi maggiori, che a sua volta sono suddivise in 20 sottoclassi minori, tra le quali il paziente dovrà scegliere solo una parola in riferimento al suo dolore attuale.

Nonostante queste diverse scale di valutazione del dolore, non è raro avere sfiducia nei giudizi verbali raccolti dal paziente, o spesso accade che il paziente non è in grado di collaborare con l'operatore ed esprimere l'intensità dolorosa. Per questo motivo nascono

anche delle scale oggettive del dolore, che monitorano frequenza respiratoria e cardiaca, movimenti del paziente e del suo volto, ossia analizzano le risposte non verbali del paziente. I movimenti corporei che possono indicare dolore sono lo strofinarsi, il battere, il massaggiarsi o l'assumere posizioni particolari che possono costituire azioni protettive. La scala più usata in queste circostanze è la painad; essa prende in considerazione cinque parametri fondamentali ovvero respirazione, linguaggio del corpo, consolazione, espressioni del volto e vocalizzazione. Queste scale vanno utilizzate solamente se il paziente non collabora o non è in grado di collaborare. I dati oggettivi che vengono raccolti spesso servono per confermare i dati soggettivi che il paziente esprime.

La misurazione del dolore è quindi difficoltosa e mai precisa in quanto questo sintomo spesso non può essere condizionato e riducibile solamente a un numero. Nonostante questo le scale di valutazione vanno usate perché aiutano l'infermiere a comprendere il livello di sofferenza del paziente al fine di aiutarlo in modo consono.

### **3.2 La visione psicologica ed emotiva del paziente con dolore oncologico**

In linea generale i pazienti ai quali è stato diagnosticato il cancro presentano un quadro di risposta emozionale che inizia con lo shock, caratterizzato da incredulità, negazione e rifiuto. Segue successivamente un periodo di ansietà e depressione che è succeduto da un senso di perdita e senso di speranza differita. Il periodo più stressante è quello che va dalla scoperta della malattia all'inizio del trattamento. La risposta emozionale negativa nel paziente oncologico varia comunque da persona a persona e spesso fanno la differenza le esperienze passate, il livello di povertà e i supporti sociali che ha la persona. Questo grado di stress e depressione inoltre si può protrarre per settimane o mesi andando a limitare la persona nelle sue attività e nella sua autonomia. Tra le prospettive responsabili dello stato di stress e depressione psicologica associato al cancro, il dolore è un fattore determinante, infatti se non viene trattato adeguatamente il dolore può, nel paziente oncologico, ostacolare il processo di coping e di adattamento, che sono momenti fondamentali della risposta allo stress dovuti a malattia e trattamenti. Esso infatti può far

accrescere le preoccupazioni nel paziente per un possibile esito nefasto, può indurre il paziente a perdere speranza nel trattamento e aumentarne così la passività e la vulnerabilità. Il dolore va quindi controllato perché oltre ad essere un'esperienza spiacevole, può far perdere autostima al paziente oncologico limitandolo in attività, o peggio ancora può far perdere la speranza di una possibile guarigione, portando il paziente ad abbandonare i possibili trattamenti che possono anche essere duri.

Accanto al dolore nello stato di sofferenza emotiva del paziente ci possono essere altri fattori che contribuiscono a instaurare questo stato di negazione e stress. Infatti il decadimento progressivo, l'autonomia sempre minore e l'esperienza di altri sintomi possono con il dolore andare ad attaccare una già fragile sfera emotiva del paziente. La terapia contro il dolore infatti deve far parte di un piano terapeutico ampio nel quale vengono considerati tutti i diversi fattori che possono danneggiare la qualità di vita del paziente. Molti pazienti con dolore oncologico con il tumore in stato avanzato temono di essere abbandonati al loro destino. Altrettanto devastanti sono le conseguenze sociali che il dolore da cancro esercita sul malato e sulla famiglia. Infatti per molti pazienti il dolore diventa un punto centrale, intorno al quale gira la loro vita e quella della loro famiglia. Del resto, quando il paziente si trova nella condizione di dover abbandonare il proprio lavoro, è facile che questo causi una crisi sia economica sia emotiva, infiammando sentimenti di dipendenza e di inutilità. Questo forte attacco all'autostima assieme al dolore incontrollabile possono essere fattori determinanti che possono spingere il paziente al suicidio.

L'infermiere quindi ha un ruolo fondamentale nella gestione del paziente oncologico con dolore, in quanto la sua gestione non riguarda solamente l'aspetto clinico ma anche quello psicologico e di sostegno. Questi infatti si prende cura dei bisogni del malato che non sono solamente fisici ma soprattutto psicologici e emotivi. Tra questi i principali sono il bisogno di stima, di realizzazione, di appartenenza e di sicurezza: è infatti fondamentale aiutare il paziente a farlo sentire parte della società, e la cura contro il dolore permette di aumentarne l'autonomia e l'autostima permettendogli di non vivere con il pensiero di essere un peso per chi gli sta accanto. L'infermiere oltre a sostenere e supportare il paziente sostiene anche la sua famiglia. Quest'ultima infatti deve essere il primo supporto del paziente e deve essere considerata come ancoraggio di vita. Spesso però l'arrivo della malattia può attaccare l'omeostasi familiare e rompere qualche equilibrio; spetta dunque

all'infermiere cercare di ristabilire tale equilibrio con la comunicazione, spiegando alla famiglia del paziente l'importanza del sostegno durante la fase di cura e di fine vita nei pazienti terminali.

In conclusione, la figura infermieristica in questo contesto non si occupa solamente della terapia e della gestione clinica del paziente ma si occupa anche della sfera emozionale del paziente stesso e della sua famiglia. Per questo l'infermiere deve far in modo, con il suo operato, di essere considerato come un punto di riferimento a cui i pazienti possono aggrapparsi in caso di necessità.

### **3.3 L'hospice e le cure palliative**

Le cure palliative vengono definite come il trattamento totale della persona affetta da patologie evolutive irreversibili, ovvero che non sono più responsive alle terapie. Esse quindi si occupano del trattamento dei sintomi e delle alterazioni psicofisiche del paziente. Le cure palliative si presentano come un trattamento che intende afferrare il valore della vita, considerando la morte come un evento naturale; non intendono né prolungare né abbreviare l'esistenza del malato, ma integrare gli aspetti psicologici e spirituali dell'esistenza e soprattutto dare sollievo dal dolore e da altri sintomi. Le cure palliative cercano quindi di far accettare la morte al paziente. L'attenzione dunque non è incentrata sulla malattia bensì sul malato e sulla sua totalità; prevede quindi, potremmo dire, un approccio olistico e non solo clinico del paziente. Lo scopo è quello di tentare di migliorare la qualità della vita di quest'ultimo e di ridurre la sofferenza e, soprattutto nel paziente oncologico, lo stimolo doloroso per accrescerne l'indipendenza e migliorarne l'autostima. Nella cure palliative l'ascolto e la presenza costante sono fattori fondamentali che possono migliorare lo stato psicologico ed emotivo del paziente; inoltre il rapporto empatico viene esteso anche verso ai familiari che devono essere un punto di riferimento del paziente e devono far parte direttamente dell'assistenza al paziente terminale, soprattutto se questa avviene a domicilio.

Le cure palliative possono essere erogate in diversi ambienti, quali primi tra tutti il domicilio o l'Hospice. Quest'ultima è una struttura nata negli anni sessanta in Inghilterra

con lo scopo di fornire assistenza e supporto ai malati terminali al fine di far vivere il paziente in maniera più confortevole possibile il fine vita. L'Hospice è una struttura organizzata che tende ad un'assistenza di tipo familiare, che adotta un approccio multidisciplinare verso la persona e la famiglia. Per questa ragione quindi viene indicato come la seconda casa del paziente, il luogo in cui questi viene accompagnato nelle ultime fasi della sua vita.

Gli Hospice sono situati all'interno di strutture ospedaliere o sul territorio e possono essere gestiti da associazioni di volontariato o da aziende sanitarie. Al loro interno vengono effettuate prestazioni di ricovero diurno o residenziali. Molto spesso le stanze dell'Hospice sono singole per assicurare la privacy al paziente, sono dotate di bagno e di una poltrona letto che permette al familiare di passare la notte con lui. Il paziente inoltre, se lo desidera, ha la possibilità di personalizzare la propria stanza, con oggetti personali che ricordano la sua casa. L'assistenza in Hospice è gratuita, ma l'accesso avviene tramite i reparti ospedalieri o dal domicilio tramite richiesta del medico curante. L'accesso all'Hospice avviene quando c'è un elevato livello di necessità assistenziale e/o ridotta autonomia funzionale, quando c'è impossibilità di attuare le cure domiciliari palliative e quando l'aspettativa di vita del paziente è di circa sei mesi.

In Italia nonostante dal 2010 con l'emanazione della legge numero 38 ci sia stata una svolta enorme nel campo delle cure palliative, le strutture per accogliere i malati terminali sono ancora poche. Ciononostante le cure palliative con il tempo si stanno sempre di più facendo largo all'interno della sanità, questo perché sono considerate un momento fondamentale nel paziente terminale e per la sua famiglia.

Chi opera in questo campo è un team multidisciplinare che collabora in modo coordinato per raggiungere determinati obiettivi; in questo caso il team ha come scopo fondamentale quello di preservare il benessere del paziente sia a livello fisico sia psicologico, sostenere la famiglia del paziente e rendere il paziente il più autonomo possibile per permettergli un fine vita dignitoso.

### **3.4 L'infermiere e il team palliativista**

Nell'ambito delle cure palliative chi opera e si occupa del paziente con patologie ad andamento cronico con esito infausto è un team multidisciplinare, in questo caso definito team palliativista. Questo team è composto da medici palliativisti, infermieri palliativisti, medici di medicina generale, fisioterapisti e psicologi. Il lavoro di questo team avviene in modo organizzato: ognuno svolge il suo ruolo ma allo stesso tempo collabora con gli altri membri. Lo scopo è quello di non creare una frammentazione della cura e allo stesso tempo di personalizzare la presa in carico del paziente in cure palliative per permettergli un adeguato controllo del dolore e di aiutarlo anche a livello psicologico ed emotivo. Chi fa parte di questo team deve detenere un buon bagaglio di esperienza lavorativa e di studio in quanto molto spesso non lavora solamente sotto l'aspetto clinico bensì anche su quello emotivo e psicologico del paziente. Infatti i membri del team palliativista devono essere in grado di ascoltare e mostrare il loro lato empatico al paziente e rassicurarlo.

L'infermiere palliativista ha un ruolo fondamentale in questo caso perché oltre alla gestione del paziente in ambito clinico si occupa anche dell'educazione, e del paziente e dei suoi familiari, soprattutto se il paziente si trova a domicilio. Inoltre la sua vicinanza al paziente gli consente di valutare l'andamento del dolore e degli altri suoi sintomi. La figura dell'infermiere di cure palliative si afferma con la legge del n.38 del 2010 che appunto identifica gli infermieri tra i professionisti sanitari con competenze e ruoli in cure palliative. L'infermiere di cure palliative opera in una realtà complessa e ricca di variabili, per questo motivo deve avere un approccio e una valutazione multidimensionale nei quali tenga conto anche degli aspetti socioeconomici e spirituali del paziente. È fondamentale quindi che l'infermiere di cure palliative abbia un adeguato profilo psicologico, questo per escludere o almeno ridurre i rischi di burn-out nel paziente. Nelle cure palliative infatti, l'infermiere si trova davanti ad un altro tipo di assistenza rispetto a quella tradizionale: in questa realtà questi si deve confrontare con un nuovo livello assistenziale basato sulla qualità di vita residua. Gli operatori che scelgono di operare in tale settore si trovano di fronte a problematiche diverse rispetto a quelle consuete, molto più complesse e spesso nuove. L'infermiere di cure palliative deve avere importanti caratteristiche come sapere rispettare la morte come un evento naturale per riuscire a infondere speranza e

fiducia, deve avere la capacità di leggere le varie situazioni per essere vicino quanto più possibile al paziente e deve saper lavorare in equipe; in particolare quest'ultimo è un aspetto fondamentale nella gestione al malato terminale.

L'infermiere di cure palliative deve avere inoltre buone doti comunicative, essendo in questo ambito la comunicazione parte integrante del processo terapeutico, essa è rivolta sia al paziente che alla sua famiglia. Questi inoltre deve saper gestire il dolore fisico dovuto alla malattia, soprattutto da quella neoplastica; con una corretta gestione del dolore infatti si favorisce un miglioramento della qualità di vita del paziente togliendogli un'importante fattore negativo. In questo ambiente la terapia non si avvale solo del fattore tecnico, l'infermiere di cure palliative infatti deve aver preso coscienza che la terapia in questo settore è costituita da qualsiasi intervento che apporti un beneficio al paziente, per cui sono da considerare tra gli interventi terapeutici anche la manipolazione dell'ambiente, l'educazione rivolta al paziente e alla sua famiglia, la ricerca del confort per la persona malata ed il semplice stare vicino a chi soffre, facendolo interagire nel processo di cura al fine di promuoverlo da oggetto a soggetto del trattamento.

La società italiana di cure palliative (SICP) ha redatto un documento nel 2013 in cui vengono sancite le competenze infermieristiche e le linee guida per la gestione del paziente in cure palliative. In primo piano troviamo le competenze etiche finalizzate alla comprensione delle situazioni cliniche difficili e l'assistenza con sensibilità ed attenzione; poi abbiamo le competenze cliniche ovvero quelle che si basano su valutazione e su interventi per il trattamento dei sintomi della malattia; poi seguono le competenze comunicative e relazionali che sono finalizzate ad un'assistenza rispettosa e dignitosa del paziente ed infine ci sono le competenze psicologiche e le competenze sul lavoro d'equipe.

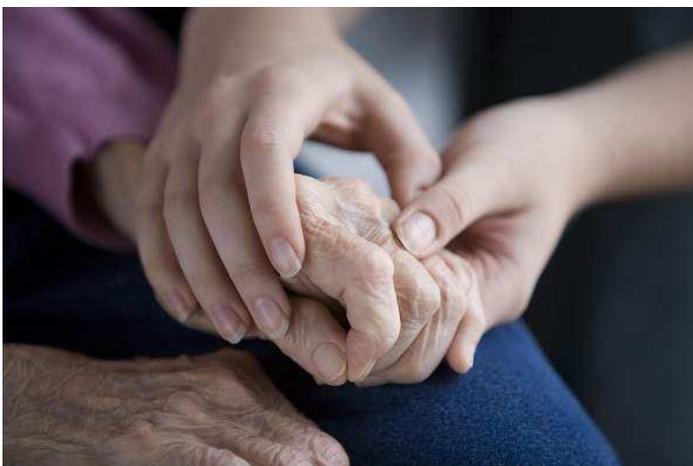
In definitiva, l'infermiere palliativista quindi deve avere molte conoscenze e competenze che acquisisce con un'adeguata formazione in quanto nella vita lavorativa si trova spesso in situazioni relazionali, e non solo, complicate.

### 3.5 L'infermiere: ruolo e responsabilità

Le responsabilità infermieristiche sono raccolte all'interno del codice deontologico, in particolare ricordiamo nelle cure palliative e gestione del dolore l'articolo 7 che recita: "L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile anche quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità" e l'articolo 34 che recita "L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari". Per far ciò l'infermiere si deve impegnare a sostenere le cooperazioni con i professionisti per migliorare la gestione del paziente.

Il ruolo dell'infermiere negli anni si sta sempre di più evolvendo, e richiede sempre maggiori competenze, non solo cliniche ma anche etiche e relazionali. Queste competenze le ritroviamo soprattutto in ambito di cure palliative, dove l'infermiere deve essere in grado di prendersi cura del paziente e della famiglia rispettando sempre i principi etici, morali e giuridici. L'infermiere deve essere in grado di fornire orientamento, educazione e consulenza al paziente e di fare un'analisi globale del paziente soprattutto nelle cure palliative.

Il ruolo dell'infermiere sta diventando sempre di più globale intorno al paziente, dove la presa in carico di quest'ultimo non si avvale più solamente dell'aspetto clinico-esecutivo, bensì l'approccio che si fornisce alla persona malata è un approccio olistico che racchiude il paziente a tutto tondo senza tralasciare nulla.



## **Conclusioni**

La gestione del paziente oncologico con dolore nel tempo ha subito dei miglioramenti che hanno permesso di migliorare la situazione del paziente e della famiglia di quest'ultimo. La presa appunto del dolore come parametro vitale fondamentale ha permesso di garantire delle terapie mirate e molto spesso personalizzate per i pazienti che ne soffrono. Nonostante questo passo avanti molti pazienti oncologici terminali arrivano al fine vita con la presenza del dolore, questo perché non è facile standardizzare una terapia unica, dal momento che il dolore nel paziente è assimilato e percepito in maniera differente a seconda delle caratteristiche fisiche e psicologiche di quest'ultimo.

La presa in carico del paziente oncologico terminale con dolore ha, inoltre, aumentato le responsabilità del team palliativista e quindi anche dell'infermiere di cure palliative che oltre alla terapia farmacologica deve cercare sempre un contatto emotivo con il paziente e con la sua famiglia. Molto spesso in queste circostanze il paziente ha bisogno e cerca un aiuto e questo può essere prestato o dal paziente, o dalla sua famiglia o addirittura da entrambi. La gestione del paziente con dolore oncologico deve essere fatta quindi in modo olistico.

In conclusione si può dire che la gestione del paziente con dolore oncologico sta subendo uno sviluppo positivo in quanto a seguito dell'entrata in vigore della legge numero 38 del 2010 la sua gestione è diventata oggetto di studio. Ma nonostante i numerosi miglioramenti che sono stati fatti, nella presa in carico del paziente con dolore oncologico, rimangono ancora delle lacune in quanto accade che il paziente arrivi al fine vita con il esso.

## Sitografia

- <https://www.evidence.it/articoli/pdf/e1000163.pdf>
- <https://www.regione.toscana.it/documents/10180/320308/Linee%20guida%20di%20prevenzione%20oncologica,%20percorsi%20organizzativi%20e%20diagnostici/42e064f9-9857-4e17-a1fb-7f300fe064ce>
- [http://media.aiom.it/userfiles/files/doc/Pazienti/2006\\_Manuale\\_per\\_conoscere\\_e\\_combattere\\_i\\_tumori.pdf](http://media.aiom.it/userfiles/files/doc/Pazienti/2006_Manuale_per_conoscere_e_combattere_i_tumori.pdf)
- [https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2020/10/2020\\_Numeri\\_Cancro-operatori-web.pdf](https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2020/10/2020_Numeri_Cancro-operatori-web.pdf)
- <http://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2017/03/ro-2014.pdf#page=479>
- [https://www.epiprev.it/materiali/2015/EP5-6/EP5-6\\_360\\_art12.pdf](https://www.epiprev.it/materiali/2015/EP5-6/EP5-6_360_art12.pdf)
- <https://oncofarma.it/wp-content/uploads/2020/04/Vademecum-oncologico-1.pdf>
- [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1861\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1861_allegato.pdf)
- <https://www.airc.it/news/i-numeri-del-cancro-fotografia-dal-mondo>
- <https://www.epicentro.iss.it/tumori/pdf/NC2019-operatori-web.pdf>
- <https://fondazioneisal.it/dolore-cronico/dopo-40-anni-abbiamo-una-nuova-definizione-di-dolore/>
- <https://www.nurse24.it/studenti/tesi/la-legge-38-2010-e-sua-applicazione-nellambito-clinico.html>
- [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=3755&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=legge](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3755&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=legge)
- <https://www.eoc.ch/dms/site-eoc/documenti/pallclick/dolore/i-curpal-015-A.pdf>
- [https://www.sipplatform.eu/files/structure\\_until\\_2016/National%20Initiatives/Italy/InDoloreBooklet.pdf](https://www.sipplatform.eu/files/structure_until_2016/National%20Initiatives/Italy/InDoloreBooklet.pdf)
- <https://www.vidas.it/legge-38-2010-cure-palliative-e-terapia-del-dolore/>
- <https://medicinadeldolore.org/esperienza-dolore/>

- [https://amedeolucente.it/public/fisiopatologia\\_del\\_dolore.pdf](https://amedeolucente.it/public/fisiopatologia_del_dolore.pdf)
- [https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2018/11/2018\\_LG\\_AIOM\\_Dolore.pdf](https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2018/11/2018_LG_AIOM_Dolore.pdf)
- <https://www.aocosenza.it/files/storage/allegati/file/Percorsi%20diagn.%20assistenziali/pdta%20attivi%202017/PDTA%20DOLORE%20ONCOLOGICO.pdf>
- <http://www.dolorecronico.org/PDF/Dr.ssa%20Gottardi%20O.%20-%20Dolore%20Oncologico%20cronico.pdf>
- <http://www.amge.it/wp/wp-content/uploads/2015/07/Madaio-Cassino-2015.pdf>
- <https://www.medtronic.com/it-it/pazienti/trattamenti-terapie/dolore-oncologico.html>
- <https://ecmcorsi.com/dopo-40-anni-la-iasp-rivede-e-amplia-le-definizione-di-dolore/>
- [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1257\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1257_allegato.pdf)
- <https://www.nurse24.it/dossier/dolore/infermiere-nella-gestione-del-dolore-acuto-e-cronico.htm>
- <http://www.aslcn2.it/filemanager/modulistica/MMGPLS/Ruolo%20dell%E2%80%99infermiere%20nella%20gestione%20del%20paziente%20con%20dolore%20cronico%20benigno.pdf>
- [https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2018/11/20181005MC\\_13\\_Marini.pdf](https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2018/11/20181005MC_13_Marini.pdf)
- <https://www.nurse24.it/specializzazioni/medico-geriatrica-pediatria-psichiatria/infermiere-terapia-antalgica-e-hospice.htm>
- <http://www.nursindfvg.it/wp/wp-content/uploads/2017/06/hospice.pdf>
- <https://www.nurse24.it/specializzazioni/fine-vita-infermieri-hospice.html>
- <https://www.divitadimorte.it/cure-palliative-2/equipe/>
- [https://repository.supsi.ch/9998/1/definitivo%20SICP\\_CCIICP\\_2018.pdf](https://repository.supsi.ch/9998/1/definitivo%20SICP_CCIICP_2018.pdf)
- [https://www.formazioneinfermiere.it/wp-content/uploads/2020/06/Dossier\\_cure\\_palliative.pdf](https://www.formazioneinfermiere.it/wp-content/uploads/2020/06/Dossier_cure_palliative.pdf)
- <https://www.fondazioneIuvi.org/wp-content/uploads/2017/01/CC-infermiere.pdf>

## **Bibliografia**

- Bonaldo P., Defilippi P., Majone F., Minucci S., Piomboni P., Principato G.B., Romanelli M.G. (2010). “Elementi di Biologia e Genetica”, Monduzzi Editore, Parma.
- Brunner, Suddarth (2001). “Nursing medico-chirurgico (Vol. 1)”, (a cura di), CEA.
- Filippini M., Campanelli M. M., (2011). “Cronaca di una legge che ci difende dal dolore. La Legge 38/10, la più evoluta d’Europa”, Il Sole 24 ore S.p.A., Milano.
- Mercadante S., Ripamonti C., (2000). “Valutazione, diagnosi e trattamento del dolore da cancro”, Elsevier, Amsterdam.
- Minuzzo S. (2004). “Nursing del dolore”, Carocci Faber, Roma.
- Montali M., Raffaelli W., Nicolò E. (2009). “L’infermieristica del dolore”, Piccin, Padova.
- Pontieri G.M. (2003). “Patologia Generale per i corsi di laurea in professioni sanitarie”, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova.
- Prandi C. (2015). “Infermieristica in cure palliative”, Edra S.p.A., Milano
- Roberti R., Alunni Bistocchi G., Antognelli C., Talesa V. N. (2013). “Biochimica e Biologia per le professioni sanitarie” seconda edizione, Mc Graw Hill Education, Milano.
- Tolone G. (1997). “Oncologia genrale”, Medical Books, Palermo